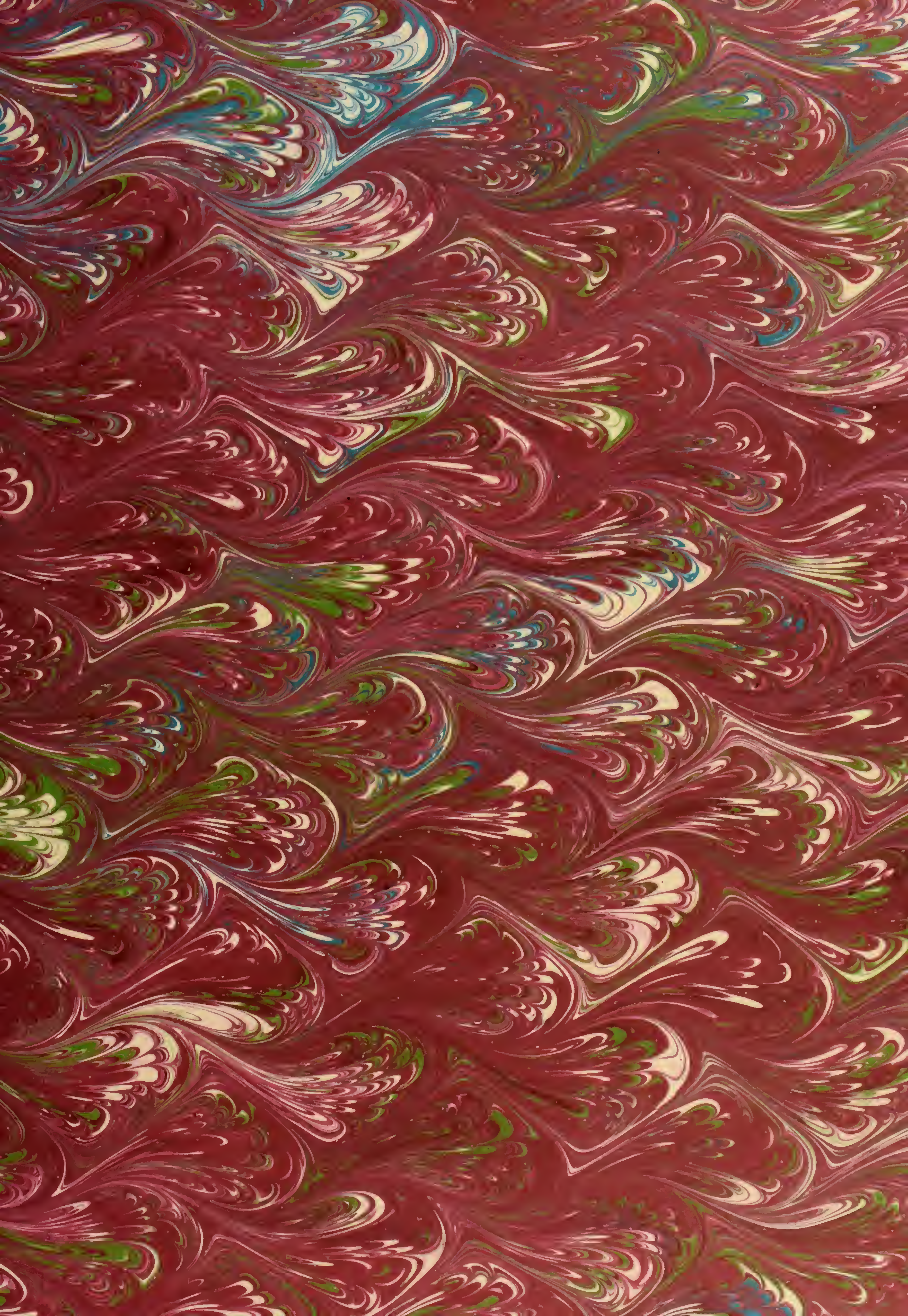


THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 3 *avril* 1838,

Par HIPPOLYTE DUPONT, de Mur

(Côtes-du-Nord),

Chirurgien aide-major au 44e Régiment de Ligne.

(Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.)

PARIS.

IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX ET Ce,

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

Rue des Francs-Bourgeois-Saint-Michel, 8.

1838.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, DOYEN.	MM.
Anatomie	BRESCHET.
Physiologie	BÉRARD (aîné).
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et Chimie organique	....
Hygiène	ROYER-COLLARD, Examinateur.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. GERDY.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	....
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. BOUILLAUD. CHOMEL. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	JULES CLOQUET. SANSON (aîné). ROUX, Président. VELPEAU.
Clinique d'accouchements	DUBOIS (PAUL).

Agrégés en exercice.

MM. BÉRARD (AUGUSTE).
BOUCHARDAT.
BOYER (PHILIPPE).
BROUSSAIS (CASIMIR).
BUSSY.
DALMAS.
DANYAU.
DUBOIS (FRÉDÉRIC).
GUÉRARD.
GUILLOT.

MM. JOBERT.
LAUGIER.
LESUEUR.
MÉNIÈRE, Examinateur.
MICHON.
MONOD, Examinateur.
REQUIN.
ROBERT.
VIDAL.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE.

A MON ONCLE

M. CALVARY-TILAN,

Notaire à Mur.

Témoignage d'amitié.

H. DUPONT.

QUESTIONS

SUR

DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

I. — Qu'est-ce qu'une feuille? Quelles sont les parties qui la composent, et quels sont ses différents modes d'annexion et de disposition sur sa tige ou sur ses rameaux?

II. — Quels sont les points par lesquels le rein est accessible aux instruments vulnérants ou chirurgicaux sans lésion du péritoine?

III. — Des signes de la grossesse extra-utérine.

IV. — Quelle est la valeur des signes fournis par la forme et par les mouvements de la langue?

I.

Qu'est-ce qu'une feuille? Quelles sont les parties qui la composent, et quels sont ses différents modes d'annexion et de disposiion sur sa tige ou sur ses rameaux?

La feuille est l'épanouissement d'un faisceau vasculaire, formant un réseau dont les interstices sont remplis de tissu cellulaire.

Il en résulte une expansion membraneuse ordinairement verte, plane, horizontale, naissant de la tige, des rameaux, ou partant immédiatement du collet de la racine.

Ce faisceau vasculaire peut s'épanouir dès son point de départ,

et la feuille n'offrir alors que l'expansion membraneuse : elle est sessile.

Il peut se prolonger sans division pendant un certain espace ; la feuille tient alors à un support rétréci qui prend le nom de pétiole ; la portion élargie est le disque ou limbe.

Dans la structure de la feuille, on trouve les deux grandes modifications du tissu élémentaire végétal : le tissu cellulaire et le tissu vasculaire.

Le tissu vasculaire formant des trachées, des fausses trachées, des vaisseaux poreux, dés vaisseaux du suc propre, en est le squelette. Ses divisions, étendues en lignes saillantes, apparentes surtout sur la face inférieure du limbe, prennent le nom de nervures.

La disposition de ces nervures est importante et peut servir à distinguer de prime abord deux grandes divisions des végétaux.

Dans les plantes à un seul cotylédon, elles sont longitudinales et parallèles (il n'y a d'exception que pour les aroïdées et les fougères).

Dans les plantes dicotylédonées, elles sont toujours ramifiées et anastomosées entre elles.

La principale nervure divise ordinairement la feuille en deux parties égales (nervure médiane) ; de sa base ou de ses parties latérales partent les nervures secondaires, qui, s'épanouissant, se ramifiant, forment les aréoles où se loge le tissu cellulaire.

Le tissu cellulaire forme le parenchyme de la feuille, sa partie charnue : il s'y trouve disposé en cellules arrondies, superposées par couches, et séparées par de petites lacunes communiquant entre entre elles et remplies d'air.

Il est ordinairement vert, et communique à toute la feuille cette coloration qu'il doit lui-même à des granules verts qui tapissent les parois de ses alvéoles.

Une membrane, celluleuse aussi, mais mince et transparente, l'épiderme, protége le parenchyme, et met ses deux surfaces à l'abri du contact direct de l'air.

La feuille absorbe l'eau répandue dans l'atmosphère à l'état de va-

peur ; elle est encore l'organe respiratoire de la plante; aussi trouve-t-on l'épiderme criblé de petites ouvertures pour laisser pénétrer ces fluides et rejeter ensuite les parties qui n'ont pas servi à l'assimilation. C'est par les porosités que la feuille présente qu'elle absorbe l'eau; pour l'air, elle est garnie de petites bouches particulières (stomates), s'enfonçant dans l'épiderme pour aboutir aux lacunes intercellulaires, et s'ouvrant à l'extérieur par une fente ovalaire, entourée d'un bourrelet celluleux contractile.

On trouve des stomates sur les deux faces de la feuille dans les plantes herbacées; seulement à la face inférieure sur les feuilles des arbres; dans les feuilles nageantes, on ne les voit qu'à la face en contact avec l'air.

Les feuilles submergées n'ont pas d'épiderme ; leur parenchyme est à nu.

Ainsi constituée, la feuille présente deux surfaces : une supérieure, plus lisse, plus verte, protégée par un épiderme plus adhérent et moins poreux; une inférieure, plus molle, moins colorée, souvent tapissée de poils ou de duvet, recouverte par un épiderme plus lâche et criblé de pores.

Entre ces deux surfaces s'étend le parenchyme (mésophylle de Decandolle) souvent mince, membraneux; quelquefois épais et charnu, comme on le voit dans les plantes grasses; le parenchyme manque rarement. Alors la feuille, bornée à son réseau vasculaire, présente l'aspect d'une dentelle.

La feuille, comme je l'ai dit, est sessile ou pétiolée.

La feuille sessile est fixée à la tige, de manière à ne pouvoir en être détachée sans déchirure.

Elle peut embrasser toute la circonférence de la tige : elle est alors amplexicaule ;

Seulement la moitié, semi-amplexicaule.

Si sa base prolongée enferme la tige dans une sorte de gaîne, elle est engaînante.

Décurrente, lorsqu'elle prolonge sur la tige des ailes membraneuses.

Perfoliée, lorsque la tige semble traverser son limbe.

Connées, lorsque deux feuilles sessiles réunies par leur base semblent laisser passer la tige entre elles.

La feuille, munie d'un pétiole, peut être intimement unie à la tige : alors elle est persistante.

Seulement articulée : alors elle ne tient au rameau que par un point rétréci, et peut facilement s'en séparer; elle est caduque.

La feuille pétiolée est simple, si son pétiole est indivis et son limbe formé d'une seule expansion.

Composée, lorsque, du sommet ou des parties latérales d'un pétiole commun, partent de petites feuilles distinctes, sessiles ou pétiolées.

Les feuilles composées présentent trois degrés de composition. Une composition simple: le pétiole commun porte les folioles.

Une double composition : le pétiole commun se ramifie en pétioles secondaires (feuilles décomposées).

Enfin un troisième degré : les pétioles secondaires aphylles se divisant en pétioles tertiaires foliacés.

Sur la disposition des folioles sur le pétiole commun dans la feuille composée, sur celle des pétioles secondaires dans la feuille décomposée, on a basé des divisions de ces espèces de feuilles.

La feuille composée est digitée, quand les folioles partent du sommet du pétiole commun; pinnée, si elles sont rangées sur ses bords.

La feuille décomposée est digitée-pinnée, si au sommet du pétiole commun s'attachent des feuilles pinnées.

Bi-pinnée, si ces feuilles pinnées partent de ses parties latérales.

Les feuilles affectent sur la tige ou sur les rameaux des dispositions variées, mais constantes dans chaque espèce.

Elles sont : opposées, quand elles sont placées une à une sur deux points diamétralement opposés.

Verticillées, lorsqu'elles naissent plus de deux, et à la même hauteur, autour des rameaux ou de la tige, en leur formant une sorte d'anneau.

Alternes ; lorsquelles sont disposées en spirale autour de la tige, de manière à se trouver alternativement à droite et à gauche. Le plus souvent chaque spirale se compose de cinq feuilles ; la cinquième feuille correspond à la première.

Géminées ; naissant deux à deux, et du même point.

Distiques ; disposées sur deux rangs opposés.

Imbriquées ; se recouvrant les unes les autres.

Fasciculées ; naissant en assez grand nombre sur le même point.

Couronnantes ; terminales, réunies en bouquet au sommet de la tige, qu'elles couronnent.

Roselées ; feuilles alternes disposées autour de la tige, de manière à former une sorte de rosette.

II.

Quels sont les points par lesquels le rein est accessible aux instruments vulnérants ou chirurgicaux sans lésion du péritoine ?

Situés sur les côtés du rachis, en dehors des muscles psoas, sur le devant de la face interne des deux dernières côtes, qu'ils dépassent le plus souvent de deux à trois pouces, les reins sont séparés du péritoine, qui passe au-devant de leur face antérieure, par une masse de tissu adipeux.

Leur volume normal, sujet à peu de variations, est ordinairement de trois pouces et demi à quatre pouces de long, sur deux pouces de largeur.

Cette situation profonde les soustrait souvent à l'action des causes vulnérantes ; et par la paroi abdominale antérieure, ce n'est qu'après avoir traversé le péritoine, le foie ou la rate, une des portions lombaires du colon, qu'un instrument pourrait les atteindre.

Il n'en est pas de même à la paroi abdominale postérieure : écarté du

péritoine par le tissu adipeux qui l'enveloppe, le rein s'appuie en partie sur le muscle carré des lombes; séparé de lui par le feuillet antérieur de l'aponévrose du transverse, il déborde ce muscle en dehors, de manière à reposer sur l'aponévrose seule.

Dans cette région, il peut être atteint sans lésion du péritoine; et un instrument qui traverserait un des deux derniers espaces intercostaux en dehors des apophyses transverses atteindrait le rein, mais à travers le diaphragme.

Il en serait de même dans tout l'espace quadrilatère compris entre la dernière côte et la crête iliaque, le sacro-spinal et le bord postérieur des muscles larges de l'abdomen.

Mais le point par lequel le rein est le plus accessible, le lieu d'élection pour pratiquer la néphrotomie, si cette opération pouvait trouver une application utile, serait la partie externe de la région lombaire, le long du bord externe du muscle carré, là, où le rein, débordant ce muscle, se trouve en rapport avec l'aponévrose du transverse avant sa division.

Une incision verticale de quatre pouces, partant de la dernière côte, et dont le prolongement rejoindrait le milieu de la crête iliaque, découvre un espace celluleux triangulaire, entre la masse du sacro-spinal en dedans, le grand dorsal en dehors, et dont la base serait formée par la crête iliaque.

Cette incision intéresse successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, en haut, l'aponévrose du grand dorsal et quelques-unes de ses fibres charnues.

Au fond de la plaie se voit le bord externe du muscle carré, recouvert par le feuillet moyen de l'aponévrose du transverse.

C'est en dehors de ce muscle que l'on divise cette aponévrose, et l'on rencontre le bord convexe du rein.

C'est sa partie la plus superficielle, et c'est aussi celle dont la lésion entraînerait le moins de danger.

En opérant sur ce point de la région lombaire, on intéresse les rameaux musculaires antérieurs des artères lombaires, qui passent trans-

versalement derrière le carré, pour gagner les muscles larges de l'abdomen et les deux premières branches du plexus lombaire.

Mais, n'y eût-il rien à craindre du côté de l'hémorrhagie, il resterait toujours, contre l'opération de la néphrotomie, l'impossibilité de déterminer les cas où cette opération pourrait être utile.

Pour extraire un calcul ? Mais, en l'absence de tout signe physique pour s'assurer de la présence d'un calcul dans le rein, les signes rationnels, auxquels force est de s'en tenir, sont trop incertains, ont trop souvent trompé, pour qu'on puisse s'étayer sur eux pour entreprendre une opération si grave.

Et, lors même qu'ils offriraient tous la certitude désirable, il faudrait encore y ajouter celle que le calcul occupe le bord postérieur de l'organe.

Du reste, la néphrotomie ne paraît pas avoir été essayée sur l'homme; et dans tous les traités de chirurgie on trouve cité l'exemple de Douglas, qui trouvait impossible, avec toute l'attention et la dextérité imaginables, d'arriver jusqu'au rein sans léser les viscères principaux qui l'avoisinent.

On ajoute même que, pour joindre l'exemple au précepte, il ne put pas parvenir sur un cadavre à mettre le rein à découvert.

Aussi renonçera-t-on à la néphrotomie; et ce n'est que dans le cas où le calcul a usé la paroi du rein qui l'emprisonne, que le travail éliminatoire l'a porté assez près de la surface pour révéler sa saillie au milieu d'un foyer purulent, que l'art se permet d'intervenir pour aider au travail de la nature.

Quelquefois ces abcès, abandonnés à eux-mêmes, s'ouvrent spontanément, et se terminent heureusement par la sortie de la pierre avec la matière de la suppuration.

III.

Des signes de la grossesse extra-utérine.

On donne le nom de grossesse extra-utérine au développement du produit de la conception ailleurs que dans la cavité de l'utérus.

De même que dans la grossesse normale, ce n'est que lorsque le fœtus a acquis un certain développement que l'on peut trouver des signes de son existence.

Vers le quatrième ou le cinquième mois, les mouvements du fœtus se font sentir, et par le toucher on peut reconnaître s'il n'occupe pas la cavité de l'utérus.

A une époque moins avancée, les phénomènes de la grossesse extra-utérine n'offrent rien qui puisse éclairer son diagnostic.

Ils n'ont rien de constant dans leur apparition.

La menstruation peut continuer à avoir lieu; elle peut être supprimée comme dans la grossesse normale.

Mêmes variations pour la sécrétion du lait.

Certaines femmes n'éprouvent pas plus d'incommodités que dans la grossesse utérine.

Une blanchisseuse, citée par Baudelocque, ne fut pas forcée de renoncer à son travail.

Chez d'autres, la grossesse est traversée par tous les accidents des grossesses les plus pénibles : des syncopes, des vomissements fréquents, un état fébrile continu.

La grossesse extra-utérine s'accompagne le plus souvent d'une douleur fixe, constante, circonscrite dans un point de la région abdominale.

La forme du ventre peut présenter quelques particularités : sa distension est inégale; il est élevé vers une des fosses iliaques, vers l'ombilic.

La femme se couche sur le côté de la grossesse, le plus ordinairement le côté gauche.

On voit que, dans tous ces phénomènes, il ne se trouve rien de bien significatif; aussi n'est-ce qu'après les premiers mois, et au moyen du toucher, que l'on peut espérer reconnaître la grossesse extra-utérine.

On palpe le ventre de la femme, on s'assure de l'existence d'un fœtus par ses mouvements, qui, dans quelques cas, sont d'autant plus faciles à sentir que les parois du kyste sont plus minces que celles de l'utérus.

Le doigt introduit dans le vagin constate l'état du col et du corps de l'utérus, et permet de comparer l'état de développement de cet organe à celui du fœtus. Bien que légèrement augmenté de volume, on reconnaît facilement qu'il est loin d'avoir l'étendue suffisante pour loger un fœtus de cet âge. Ordinairement le col est épaissi et ramolli, son orifice parfois entr'ouvert. M. Dugès a pu, dans un cas, porter le doigt jusque dans la matrice et en constater la vacuité.

Par le toucher, en jugeant les dimensions de l'utérus, on a acquis la certitude de la vacuité de cet organe : resterait à décider le point sur lequel s'est greffé le produit de la conception. Ici les difficultés naissent encore plus grandes, et, dans la plupart des cas, insurmontables. La question reste insoluble sur le vivant; ce qui, du reste, n'a rien de bien étonnant, puisque la nécropsie même laisse quelquefois dans le doute sur l'espèce de grossesse extra-utérine que l'on a eue à observer.

Le cas le plus simple est celui où le fœtus est descendu dans l'excavation recto-vaginale. Ici le diagnostic est assez facile : le kyste s'appuie sur le vagin et sur le rectum; à travers ces deux canaux il peut être reconnu et étudié par le doigt explorateur.

IV.

Quelle est la valeur des signes fournis par la forme et par les mouvements de la langue?

Placée à l'entrée du tube digestif, dont elle continue la muqueuse, la langue a de tout temps été regardée comme fournissant les signes les plus précieux pour le diagnostic des maladies gastro-intestinales. Il ne faut cependant pas donner aux signes qu'elle fournit une valeur exagérée, en négligeant l'étude des circonstances qui peuvent atténuer leur importance.

Une langue effilée, pointue, et par là même, rouge à sa pointe, n'est pas toujours l'indice d'une phlegmasie gastro-intestinale : ces caractères se trouvent aussi souvent rattachés aux phlegmasies du poumon et de l'encéphale.

Cette forme allongée, conique, de la langue, n'indique en réalité qu'une chose, la contraction des muscles linguaux retirés sur eux-mêmes, et n'annonce qu'un état général d'irritation, lié sans doute à la souffrance d'un organe important, mais sans plus de spécialité pour l'un que pour un autre.

La langue, large, aplatie, sans rougeur, n'exclurait pas l'idée d'une inflammation gastrique, si d'autres signes la faisaient soupçonner.

On a vu des cas de gastrite bien confirmée, dans lesquels la langue ne présentait pas d'autres caractères.

Les signes fournis par la langue, comme organe de mouvement, sont bien plus positifs.

Comme tous les mouvements, celui de la langue est sous l'influence directe de l'encéphale, et toutes les modifications qu'elle peut éprouver sous ce rapport ont nécessairement leur source dans une altération de ce viscère ou dans un trouble de ses fonctions, assez fort pour entraver l'action qui détermine ou régularise les mouvements.

La difficulté éprouvée dans les mouvements de la langue peut cependant quelquefois se rattacher à un état purement local.

L'augmentation exagérée de son volume, sa sécheresse, portée au point de lui donner l'apparence ligneuse, peuvent, on le conçoit bien, rendre impossible, ou du moins bien difficile, l'action de la langue dans la prononciation ou la déglutition.

Hors ces cas, que l'on peut facilement reconnaître, c'est dans le cerveau, ou dans les nerfs qui en partent pour animer la langue, qu'il faut chercher la cause de l'obstacle apporté à ses mouvements.

Dans les fièvres graves, la langue, que le malade ne peut sortir qu'avec effort, est tremblante; il la laisse hors de la bouche, oublie de la retirer : c'est un signe de fâcheux présage, et qui précède le plus souvent une terminaison funeste; il annonce une prostration profonde, ou la participation du cerveau à la maladie.

A la suite de l'hémorrhagie cérébrale, la paralysie de la langue est très-fréquente, quelquefois même elle est le seul organe sur lequel la paralysie ait frappé.

Il est rare, dans cette paralysie, que la langue soit entièrement privée de mouvement; elle ne l'est presque toujours que dans une de ses moitiés.

Alors, si le malade la tire, sa pointe est déviée, et s'incline du côté paralysé.

Cela cependant n'a pas lieu constamment : on voit quelquefois la langue tournée du côté opposé à la paralysie des membres.

La paralysie de la langue n'est pas la suite nécessaire de toute hémorrhagie cérébrale; on est donc forcé de la rattacher à une lésion locale dans un point donné du cerveau.

On a cherché à reconnaître ce point du cerveau, et M. Foville, d'après des observations faites sur des bègues et des paralytiques, chez lesquels la langue avait été spécialement lésée, relativement à ses mouvements, a cru le reconnaître dans la lésion de la corne d'Ammon.

